

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali-ja terveyspalvelut Päijät-Häme

Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältölaeista johdetut kokonaisuudet.

ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

Pekka Rissanen
Arviointijohtaja

Jukka Kärkkäinen
Ylilääkäri

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Toimeksianto ja toteutus	1
Keskeiset havainnot.....	4
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset	5
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset	9
Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	11
Ennaltaehkäisevät palvelut	12
Perusterveydenhuolto	13
Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	14
Erikoissairaanhoido	16
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut.....	17
Työikäisten sosiaalipalvelut.....	19
Vammaispalvelut	20
Ikäihmisten palvelut	21
Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus	23
Laatu ja vaikuttavuus	24
Asiakaslähtöisyys	25
Yhdenvertaisuus.....	26
Kansalliset lähteet	27
Alueelliset lähteet	27

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)
 Kovasin, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Keskeiset havainnot

Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.

Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.

Maakunnan väestönkasvu on ennusteen mukaan hidasta tulevina vuosina, ja väestö alkaa 2030-luvulla vähetä. Väestö ikääntyy maan keskimääräistä kehitystä nopeammin. Työikäisten, lasten ja nuorten määrä vähenee nopeammin kuin keskimäärin koko maassa. Väestörakenteen muutoksen vuoksi huoltosuhde heikkenee. Maakunnan koulutustaso on maan matalimpia. Asutus keskittyy Lahteen ja sen ympäristöön. Metsävaltaiset pohjois- ja länsiosat säilyvät harvaan asuttuina.

Maakunnan sosiaali- ja terveystoiminnan nettomenot asukasta kohden ylittivät maan keskitason. Tarvevakioidut menot olivat alle maan keskitason. VM:n laskelmien mukaan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitustaso nousee sote-uudistuksen siirtymäajan jälkeen merkittävästi.

Maakunnan väestö sairastaa keskimääräistä enemmän muihin maakuntiin verrattuna. Ikävakioimaton sairastavuusindeksi oli maakunnista kahdeksanneksi korkein.

Maakunnassa on tehty aktiivisesti maakunta- ja sote-uudistuksen käytännön valmistelua, ja tehtäviin on rekrytoitu viime vuoden lopulla valmistelijoita. Vuodesta 2017 alkaen maakunnan hyvinvoinnin ja terveydenhuollon palvelut on järjestetty pääsääntöisesti yhdessä organisaatiossa, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä. Kuntayhtymän jäsenkuntia ovat maakuntaan kuuluvien kuntien lisäksi Uudenmaan

maakuntaan kuuluvat Myrskylä ja Pukkila sekä Kymenlaaksoon kuuluva Iitti, joka siirtyy Päijät-Hämeen maakuntaan 1.1.2019.

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset asukasta kohden olivat jonkin verran maan keskiarvoa alhaisemmat. Avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä oli vähemmän kuin maassa keskimäärin, lääkärikäyntejä merkittävästi vähemmän. Työttömien terveystarkastuksia oli tehty hyvin vähän. Hoitotakuu toteutui melko hyvin.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymällä on laaja vastuualue, johon kuuluvat erikoissairaanhoidon, ensihoidon ja sairaanhoitopiireille määrättyjen muiden lakisääteisten tehtävien lisäksi kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto, ympäristöterveydenhuolto ja eläinlääkintähuollon palvelut siltä osin kuin kunnat ovat siirtäneet järjestämisvastuun kuntayhtymälle. Lisäksi yhtymä voi järjestää työterveyshuollon palveluja ja kehitysvammaisten erityishuollon palveluja. Maakunnassa sijaitsee myös Heinolan terveyskeskus, joka tuottaa rajoitetusti erikoissairaanhoidon palveluja.

Maakunnan mielenterveyspalvelujärjestelmä oli jossain määrin laitospainotteinen. Asukasta kohden laskettu avohoitokäyntien määrä oli keskimääräinen, kun taas psykiatrian hoitopäivien ja ympärivuorokautisten asumisyksikköpaikkojen määrä ylitti maan keskitason. Kelan korvaamaa psykoterapiaa oli alueella saatu huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän.

Lasten ja perheiden palvelujen laatuun vaikuttavat valtakunnalliset suositukset oli huomioitu hyvin. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto toteutui erittäin hyvin. Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa, palvelujen asiakaslähtöisyydessä sekä äitiys- ja lastenneuvolapalveluissa oli kehitettävää. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 92,7 prosenttia. Tulos on matala, sillä rokotussarja oli aloitettu 98,5 prosentille lapsista. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit oli tehty lähes kaikki lain edellyttämässä kolmen kuukauden määräajassa.

Maakunnan rakennetyöttömyyden aste oli maakunnista toiseksi korkein, työttömyysjaksot venyivät keskimääräistä selvästi pidemmiksi, ja aktivointiaste oli toiseksi matalin. Kuntouttavan työtoiminnan palveluja oli tarpeeseen nähden vähän tarjolla.

Ikääntyneen väestön toimintakyky oli maan keskitasoa. Palvelurakenteen keventäminen oli edennyt keskiverrosta. Kotihoitoa oli kehitetty intensiivisen ja ympärivuorokautisen kotihoidon suuntaan, mutta kotihoidon kattavuus jäi alle maan keskitason. Kotihoidossa oli sairaanhoitajia koko maan keskiarvoa vähemmän.

Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

Maakunnan alue ja väestö

Päijät-Hämeen maakunnan yhdeksän kuntaa muodostavat kaksi seutukuntaa: Heinolan (Hartola, Heinola, Sysmä) ja Lahden (Asikkala, Hollola, Kärkölä, Lahti, Orimattila, Padasjoki). Asukkaita on 202 000, ja keskuskaupunki on Lahti. Maakunta on pinta-alaltaan maan pienimpiä, noin 5 100 neliökilometriä, ja kuuluu Uudenmaan yhteistyöalueeseen.

Alueellinen vauraus

Maakunnan BKT-indeksi (2015) on 81/100. Elinkeinorakenne perustui aikaisemmin vahvasti teollisuuteen, erityisesti huonekalu-, sähkölaite- ja koneiteollisuuteen. Lisäksi maakunnalla oli suuri vientimarkkina-alue itänaapurisiin. Teollisuus on edelleen säilynyt maakunnan yritystoiminnan perustana, vaikka sen työllistävä vaikutus on merkittävästi vähentynyt työelämän rakenteen muutoksen sekä tuotannon ja työpaikkojen alueellisen keskittymisen vuoksi. Teollisuudella on edelleen maan keskiarvoa suurempi merkitys maakunnan yritystoiminnalle ja taloudelle. Palvelualan työllistävä vaikutus ei ole riittänyt korvaamaan teollisuuden työpaikkojen vähentymistä, vaan perinteisten ammattien väheneminen ja uudenlaiset osaamisvaatimukset ovat lisänneet yleistä työttömyyttä, pitkäaikaistyöttömyyttä ja rakennetyöttömyyttä. Tietotyövaltaisten työpaikkojen keskittyminen kaupunkeihin on lisännyt työssäkäyntiä maakunnasta pääkaupunkiseudulle, ja työmatkat ovat pidentyneet.

Vuonna 2016 maakunnan työttömien määrä oli 15,4 prosenttia työvoimasta (koko maassa 12,6 %) ja työllisyysaste 69,1 prosenttia (68,7 %). Maakunnassa on vähemmän työllisiä, korkeampi työttömyysaste (ml. pitkäaikais-, nuoriso- ja rakennetyöttömyys) ja alhaisempi tulotaso (vrt. pienituloisuus ja toimeentulotuen saajat) kuin koko maassa. Työllisyysaste on kuitenkin selvästi parantunut vuonna 2016.

Maakunnassa noin 15 000 henkilöä sai toimeentulotukea (vuonna 2016), mikä on 7,4 prosenttia asukkaista (koko maassa 7,2 %).

Väestönkehitys

Maakunnan väestönkasvu on Tilastokeskuksen ennusteen mukaan hidasta tulevina vuosina ja kääntyy laskuun 2030-luvulla. Väestö ikääntyy ja työikäisten, lasten ja nuorten määrä vähenee nopeammin kuin keskimäärin koko maassa. Väestörakenteen muutoksen seurauksena huoltosuhde heikkenee. Vuonna 2030 alueen väestömäärä on noin 203 000 ja huoltosuhde 78,7 (64,0 vuonna 2015). Erityispiirteensä maakunta on hyvin naisvaltainen, erityisesti yli 50-vuotiaiden ikäryhmissä naisten osuudet ylittävät koko maan keskiarvon. Väestöstä on ulkomaalaistaustaisia 4,9 prosenttia (koko maassa 6,6 %). Asutus keskittyy Lahteen ja sen ympäristöön. Maakunnan metsävaltaiset pohjois- ja länsiosat säilyvät harvaan asuttuina.

Maakunnan koulutustaso on maan matalimpia. Peruskoulun jälkeistä tutkintoa vailla olevien osuus on kasvanut, ja se ylittää maan keskiarvon (vuonna 2015 ilman tutkintoa 25–29-vuotiaista naisista oli 15 % ja miehistä 20,5 % [koko maassa 14 % ja 18,5 %]).

Väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan kehitys

Maakunnan väestö sairastaa keskimääräistä enemmän muihin maakuntiin verrattuna. THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi (alueen väestön sairastavuus suhteessa koko maan tasoon) oli Manner-Suomen maakunnista kahdeksanneksi korkein, 112,4. (Kuvio 1.)

Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

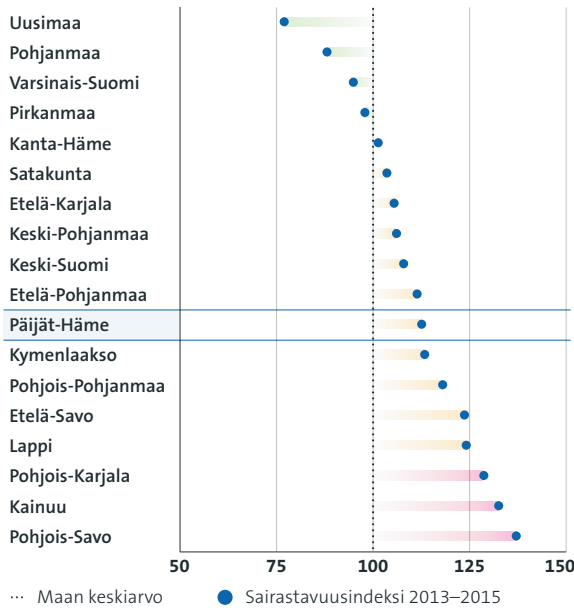
Maakunnan organisoituminen

Maakunnassa jatketaan aktiivisesti maakunta- ja sote-uudistuksen käytännön valmistelua, ja tehtäviin on rekrytoitu viime vuoden lopulla valmistelijoita, mm. sote-palvelujen vastuuvalmistelijat (ks. <http://www.uusiph.fi/>).

Vuodesta 2017 alkaen maakunnan hyvinvoinnin ja terveydenhuollon palvelut on järjestetty pääsääntöisesti yhdessä organisaatiossa, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä (ks. <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/>), joka on liittynyt alueen maakuntauudistuksen valmisteluun. Kuntayhtymän jäsenkuntia ovat Päijät-Hämeen maakuntaan kuuluvien kuntien lisäksi Uudenmaan maakuntaan kuuluvat Myrskylä ja Pukila sekä Kymenlaaksoon kuuluva Iitti, joka siirtyi myös Päijät-Hämeen maakuntaan 1.1.2019.

Kuvio 1

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton (2013–2015).



Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän strategia vuoteen 2022 määrittelee linjaukset, mahdollistajat ja uuden palvelumallin sekä niiden mittarit (PHHYKY strategia 2022). Strategiassa korostuvat maakunnan elinvoima ja asukkaiden etu.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä on saanut rahoituksen palvelusetelikokeiluun vuodesta 2018 alkaen aihealueena perustason sote-palvelut. Mukana kokeilussa on maakunnan väestöstä 90 prosenttia.

Sosiaalialan osaamiskeskus Verso kehittää ja ylläpitää sosiaalialan ammattilaisten osaamista ja yhteistyötä. Parempi arki -hankkeen (1.1.2015–31.10.2017) tuloksena Väli-Suomen alueella on käytössä yhteiset asiakkuuden kriteerit ja asiakkaiden tunnistamisen malli, joilla tuetaan paljon palveluja käyttävien yhteisasiakkaiden pärjäämistä arjessa. Lisäksi käytössä on asiakaslähtöinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palvelusuunnitelma, yhteistyön toimintamalli sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välillä ja toimiva yhteinen palveluohjaus (sote-integraatio, kunnat ja kolmas sektori). Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän perusterveydenhuollon yksikkö tukee ja koordinoi asiakaslähtöisten toimintamallien ja omahoidon tuen työkalujen käyttöä alueella, samoin kuin perusterveydenhuollon kehittäjien verkostoa ja osallistumista valtakunnalliseen kehittämisverkostotyöhön. Lisäksi yksikkö tukee ja ohjaa alueellista perusterveydenhuollon tutkimusta sekä osallistuu Väli-Suomen tutkijaterveyskeskusverkoston työhön.

Taloudelliset edellytykset

Päijät-Hämeessä sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 128 euroa asukasta kohti. Tämä oli 3 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,07), minkä vuoksi tarvevakioidut menot olivat 4 prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioidut menot olivat 6 prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin.¹

Ennakkotietojen mukaan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen asukaskohtaiset nettomenot ovat siirtymäajan jälkeen (vuodesta 2024 alkaen) tulevaan valtionrahoitukseen verrattuna 188 euroa pienemmät. Muutos merkitsee maakunnalle noin 39,1 miljoonan euron lisärahoitusta.

Maakunnassa on tarkoitus investoida sairaalarakentamiseen noin 120 miljoonaa euroa. Tuleva uudisrakennus korvaa vuonna 1976 valmistuneen rakennuksen, jossa ovat keskusleikkaamo, synnytysalut ja välinehuolto.

Palveluverkko

Maakunnan erikoissairaanhoidon sairaalatoiminta on keskitetty Päijät-Hämeen keskussairaalaan, joka saa laajan pätevyyden sairaalan statuksen pätevyyden ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistuksessa.

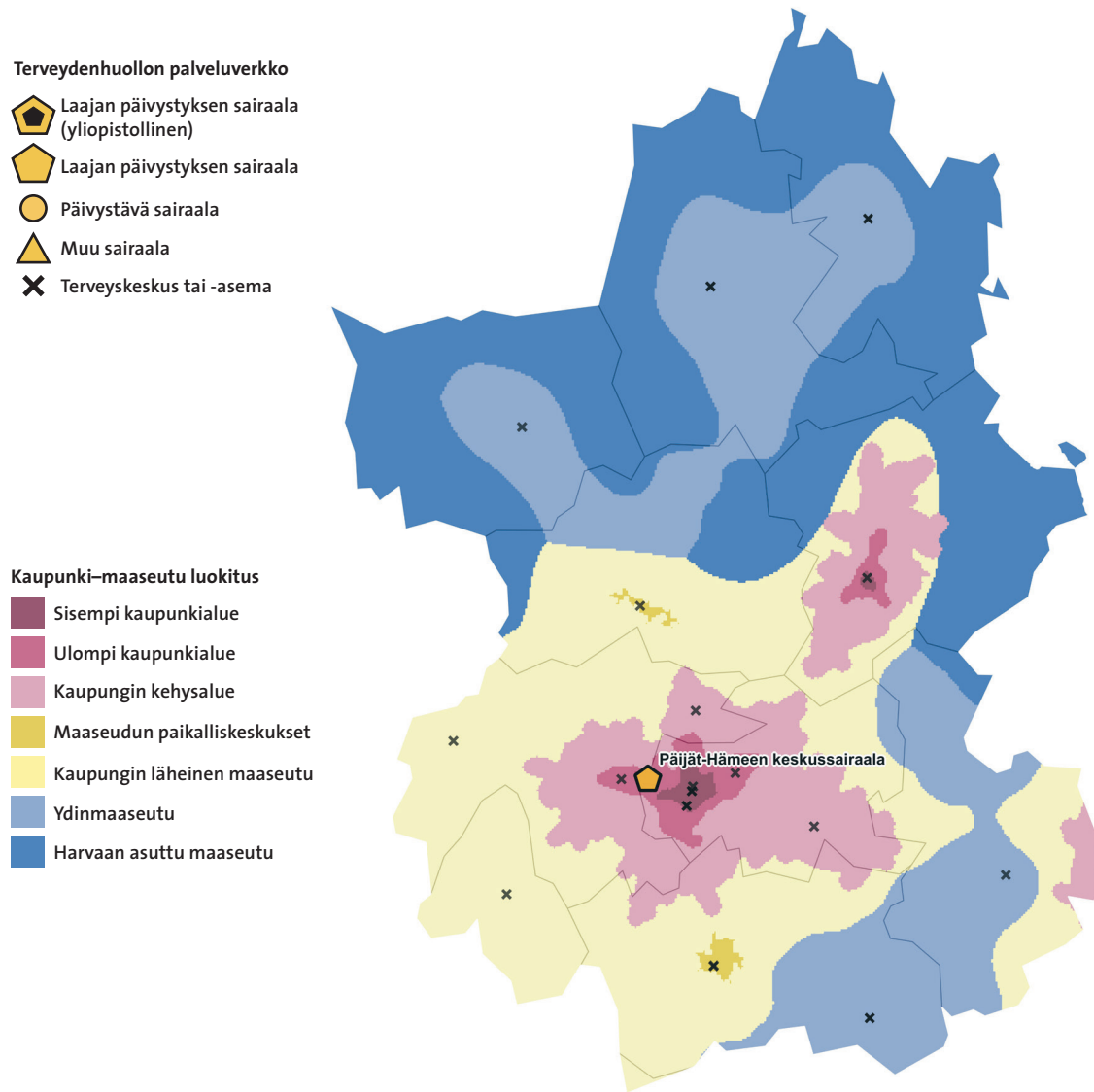
Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymällä on laaja vastualue, johon kuuluvat erikoissairaanhoidon, ensihoidon ja sairaanhoitopiireille määrättyjen muiden lakisääteisten tehtävien lisäksi kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto, ympäristöterveydenhuolto ja eläinlääkintähuollon palvelut siltä osin kuin kunnat ovat siirtäneet järjestämisvastuun kuntayhtymälle. Lisäksi yhtymä voi järjestää työterveyshuollon palveluja ja kehitysvammaisten erityishuollon palveluja. Yhtymä järjestää erikoissairaanhoidon ja ensihoidon palvelut noin 212 000:lle, sosiaali- ja perusterveydenhuollon

¹ Tarvevakioiduista menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomiotu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Tarvevakioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioitujen menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioitujen menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

Kuvio 2

Päijät-Hämeen maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu-luokitus (SYKE)



palvelut 180 000:lle ja ympäristöterveydenhuollon 90 000 asukkaalle (vuonna 2017). Maakunnassa on 11 kunnan omaa ja 8 ulkoistettua terveysasemaa. Terveyskeskuslääkärivaje on 4,9 prosenttia.

Hyvinvointiyhtymän organisaatiossa (ks. <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/hallinto/>) asukkaiden palvelut on vastuutettu kolmelle toimialueelle, jotka ovat terveys- ja sairaanhoitopalvelut, ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus sekä perhe- ja sosiaalipalvelut. Hallituksen alaisuudessa toimii lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lautakunta, joka vastaa sosiaali- ja terveyslautakunnalle sekä kunnan terveydensuojeluviranomaiselle määrättyistä tehtävistä siltä osin kuin kunnat ovat antaneet sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon tai ympäristöterveydenhuollon tehtävien hoitamisen kuntayhtymälle. Ruotsinkielisen väestön

palvelujen kehittämiseksi ja yhteensovittamiseksi on kielellisen vähemmistön lautakunta. Lisäksi yhtymässä on Päijät-Hämeen laboratoriopalvelujen liikelaitos ja Sosiaalialan osaamiskeskus Verso -liikelaitos, joilla on omat johtokunnat.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä siirtyi 1.1.2018 alkaen osaksi Helsingin yliopistollisen sairaalan (HUS) erityisvastuualueutta Tampereen yliopistollisen sairaalan (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri) erityisvastuualueelta. Päijät-Hämeen sädehoitoyksikkö Lahdessa siirtyi samanaikaisesti osaksi HYKS Syöpäkeskusta.

Kartassa on kuvattu maakunnan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluverkko karkealla tasolla ilman psykiatrista sairaanhoitoa, sosiaalipalveluita ja yksityistä palvelutuotantoa. Kartassa on

hyödynnetty Suomen ympäristökeskuksen ja Oulun yliopiston maantieteen laitoksen kehittämää kaupunki–maaseutu-luokitusta. Maakuntarajat on muodostettu hallituksen esityksen 15/2017 mukaisesti.

Henkilöstöresurssit

Terveys- ja sosiaalipalvelujen työvoiman kokonaismäärä oli maakunnassa vuonna 2014 noin 14 100 henkeä. Sote-uudistuksen yhteydessä kuntasektorilta maakuntiin siirtyvän sote-henkilöstön lukumääräksi arvioidaan noin 8 000 henkeä.

Ammattibarometrin (2017) mukaan alueella on erityisesti pulaa yleislääkäreistä, ylilääkäreistä, erikoislääkäreistä sekä jonkin verran pulaa kuulontutkijoista, puheterapeuteista ja sosiaalityön erityisasiantuntijoista.

ICT-ratkaisut

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän alueella on vuoden 2018 alusta lukien otettu käyttöön yhteinen potilastietojärjestelmä (pl. Heinola ja Sysmä). Järjestelmien yhtenäistämispäätös tehtiin vuonna 2016.

Sosiaali- ja terveystaloudet kustannukset

Sosiaali- ja terveystaloudet kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyysmetodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyysmetodologian arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalveluiden ratkaisussa on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoiva-alojen ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalipalveluihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitospalvelut ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia

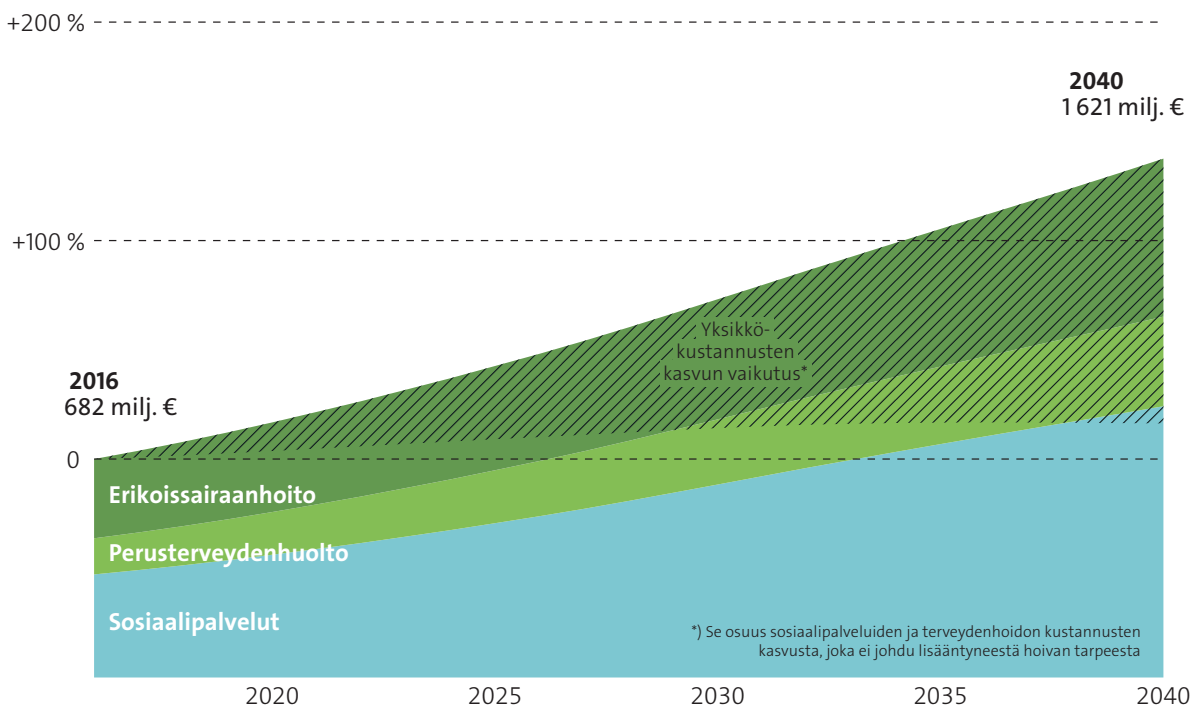
nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoito (noin 3 miljardia euroa) ja avohoito (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaistiset asumis- ja laitoshoidot, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveystaloudet kustannusten kehityksestä Päijät-Hämeessä vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaali-palkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveystaloudet kustannusten kehityksestä Päijät-Hämeen maakunnassa vuosina 2016–2040.



puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoidaan Päijät-Hämeessä kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 73 prosentilla ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan noin 137,5 prosentilla. Maakunnan väestö kasvaa vuosina 2016–2030 hieman, noin 0,7 prosentilla, mutta alkaa supistua lievästi 2030-luvulla. Vanhusväestön määrä kasvaa lähes 27 prosentilla vuoteen 2030 mennessä ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan lähes 30 prosentilla. Väestön kasvu jää kuitenkin koko maan keskiarvoa hitaammaksi, ja niin maakunnan palvelujen kustannusten kasvukin on koko maan keskiarvoa hitaampaa.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitokohtaisilla¹, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin². Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella³, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

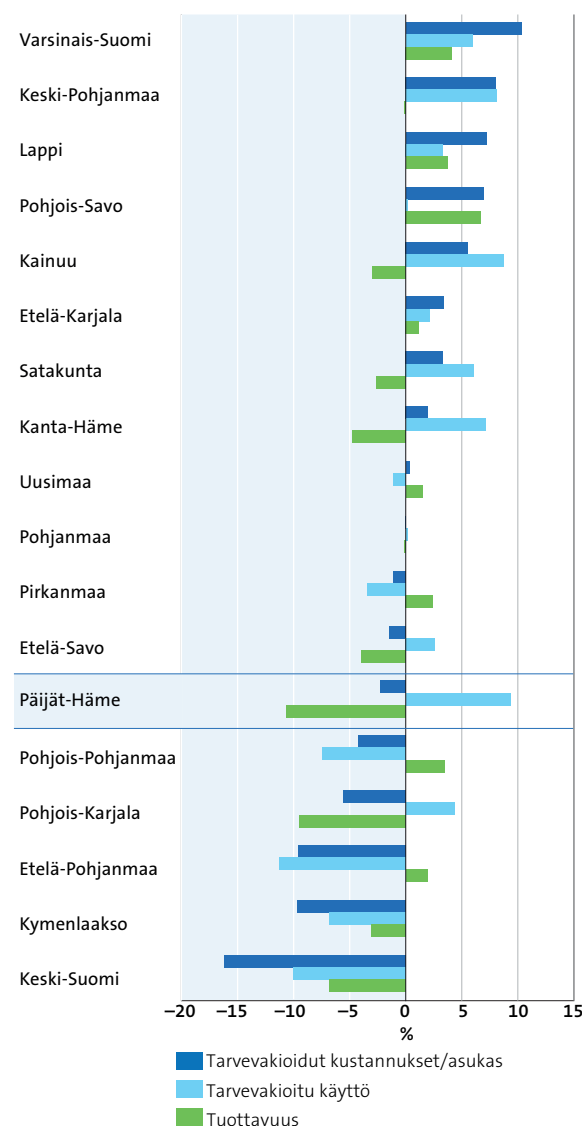
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimääräistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä pro-

senttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Päijät-Hämeessä somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli kahdeksan prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat neljä prosenttia pienemmät kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli kahdeksan prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuori, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee maakunnassa hyvin syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. HYTE-toiminnan suunnitellaan olevan osa maakunnan keskushallintoa. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä ja HYTE-koordinaattori on nimetty.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Päijät-Hämeen kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoitetaso määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Kaikissa alueen yhdeksässä kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Kuudessa kunnassa on hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle viidessä. Yhdessä kunnassa ei ole tehty päätöstä ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi kolme alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaita 35 / 10 000 asukasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on 7,7 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 9,6 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakunnassa kuvaa sosiaaliseen tarkoitukseenmukai-

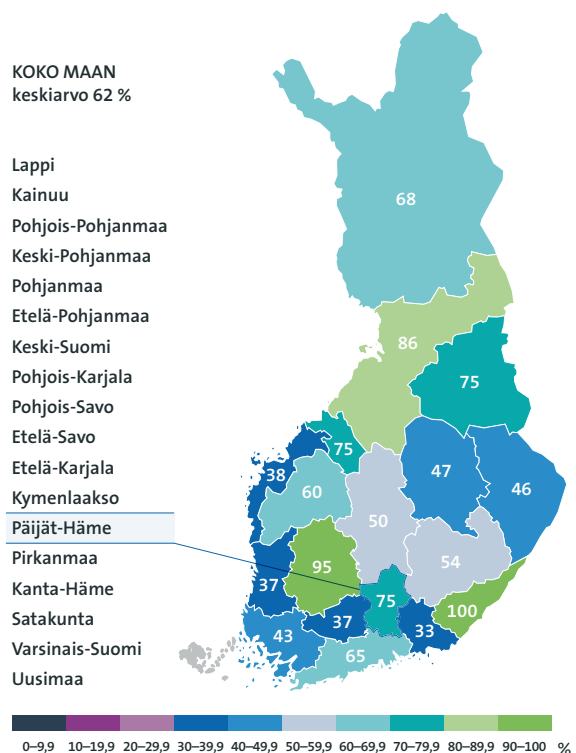
suuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asuntokannan osuutta koko asuntokannasta. Maakunnassa osuus on 13 prosenttia asuntokannasta, mikä on hieman yli maakuntien keskiarvon (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 16,2 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 12,7 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 18,3 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 35,5 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Määrä on maan korkeimpia (279 tapausta / 100 000 asukasta) ja poikkeaa maan keskiarvosta (242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoii toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija. Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen

tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat maan keskitasoa. Rakennetyöttömyyden ja koulutuksen ulkopuolelle jäävien nuorten osalta maakunta sijoittuu kuuden heikoimman maakunnan joukkoon. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella keskitasoa. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnaassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen, väestöryhmien eriarvoisuuden kaventamiseen ja erityisesti vaikutusten ennakoarviointimenetelmien käyttöönottoon.

Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattoriresurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnuslukuin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja.

Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvola-palveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta muuta maata enemmän. Vuonna 2017 on tehty 28 kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 0,7 prosentille työttömistä, mikä on vähemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa vähemmän. Omaishoidossa olevista 29,8 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

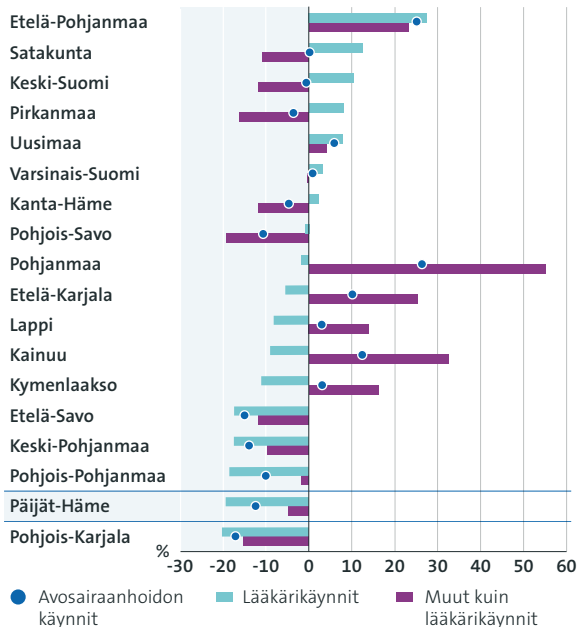
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 471 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on hieman enemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallisesta työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 2,9 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 4,5 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on hieman vähemmän kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).

Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Päijät-Hämeen alueella 1,9 asukasta kohden, mikä on 12 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli jopa 19,5 prosenttia vähemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 4,6 prosenttia vähemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 38 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 0,4 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinneista 32 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskus-

lääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %). Asiakkaista 26 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 48 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 74 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema; tämä on yksi suurimpia osuuksia (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 37 prosenttia, enemmän kuin maassa keskimäärin (29 %).

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli Päijät-Hämeen alueella 3,4 prosenttia, sama kuin maassa keskimäärin (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä 8,2 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 0,75 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Päijät-Hämeen alueella osuus oli 23 prosenttia, mikä on sama kuin maassa keskimäärin.

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 71 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 339 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä 12 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin; lääkärikäyntejä noin viidenneksen vähemmän. Riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluja kokee saaneensa lähes kolmannes. Hoitotakuu kuitenkin toteutui hyvin. 74 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema ja valinnan perustana olevan tiedon määrään oli tyytyväisiä 37 prosenttia.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkittymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihteiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihteistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Päijät-Hämeen alueella mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on lähellä maan keskiarvoa. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 2 prosenttia väestöstä (koko maassa 1,8 %), ja mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25–64-vuotiaita on 3,7 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli 25–64-vuotiaiden osalta maan keskiarvoa alhaisempi mutta 18–24-vuotiaiden osalta hieman korkeampi. Psykkisesti kuormittuneiden osuus on hieman maan keskiarvoa alhaisempi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö alueella on maan keskitasoa jonkin verran vähäisempää. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 457 tuhatta 18 vuotta täyttäneeltä kohden (koko maassa 518). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on 323 tuhatta 18 vuotta täyttäneeltä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 110 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on maan keskiarvoa merkittävästi suurempi 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä ja jonkin verran suurempi 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä mutta selvästi pienempi 65 vuotta täyttäneillä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä 18 vuotta täyttäneitä on

1 000 vastaavanikäistä kohden enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitojaksojen aikana on selvästi maan keskiarvoa yleisempää. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus on maan keskiarvoa suurempi.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita on ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa jonkin verran ja ei-ympärivuorokautisissa palveluissa selvästi maan keskiarvoa enemmän.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella on saatu huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä on selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

Kaiken kaikkiaan alueen mielenterveyspalvelut ovat jossain määrin laitospainotteiset. Erityisesti 18–24-vuotiailla on laitoshoidon hoitopäiviä huomattavasti maan keskiarvoa enemmän. Tarvetta näyttäisi olevan erityisesti tämän ikäryhmän avohoitopalvelujen kehittämiseen. Laitoshoidon laatuindikaattoreissa ilmeni tahdosta riippumattoman hoidon keskimääräistä suurempi osuus ja runsas pakon käyttö, joita tulisi pyrkiä vähentämään avohoitona kehittämällä ja hoidon integraatiota parantamalla sekä kehittämällä sairaalahoidon hoitokäytäntöjä. Alueella on keskimääräistä enemmän kuntoutuskodissa asuvia, mutta sairaalahoidot pitkittyvät silti maan keskiarvoa useammin. Kuntoutusasumispalvelujen tarkoituksenmukaista kohdentumista suhteessa tuen tarpeeseen voisi olla hyvä selvittää. Psykoterapian saatavuudessa on parannettavaa.

Päijät-Hämeen alueella aikuisväestöstä päivittäin tupakoi 21,5 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä on 32,8 prosenttia (AUDIT-C-mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä 5,4 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 21,6 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisten avopalvelut keskittyvät päihdehuollon erityispalveluihin ja erikoissairaanhoitoon. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on huomattavasti vähemmän potilaita (3,6/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2). Päihdehuollon avohoidossa asiakkaiden määrä (8,2/1000 asukasta) on sen sijaan koko maan tasolla (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihteiden vuoksi hieman enemmän potilaita (6,6/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Alueella hoidetaan päihdeongelmaisia ympärivuorokautisissa palveluissa muuta maata enemmän. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten

vuodeosastoilla on enemmän potilaita (3,6/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuksessa on niin ikään enemmän (2,7/1 000 asukasta) kuin koko maassa (2,4) ja näin on myös päihdehuollon asumispalveluissa (1,7/ 1000 asukasta vs. koko maa 1,1).

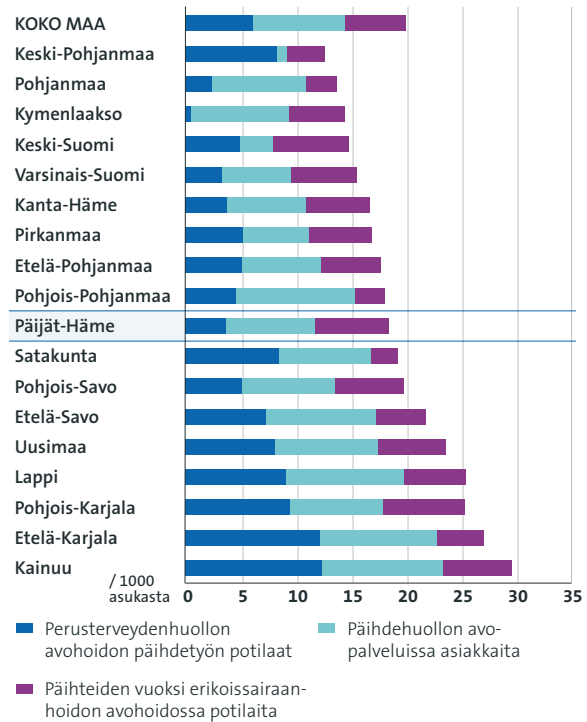
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) hieman vähemmän (3 165/ 100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty harvemmin (22,2 %) alueen kunnissa kuin koko maassa (44,1 %). Päijät-Hämeen alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa olleiden oppilaiden osuus (10,5 %) on samalla tasolla kuin koko maassa (10,2).

Kaiken kaikkiaan alueen aikuisväestön päivittäinen tupakointi sekä kannabiksen käyttö on yleisempää kuin keskimäärin maassa, ja alkoholin riskikäyttö sekä huumeiden pistämiseen liittyvien uusien hepatiitti C -tartuntojen määrä maan keskitasoa. Päijät-Hämeen alueella päihteiden käyttäjien palvelut keskittyvät avopalveluissa päihdehuollon erityispalveluihin ja erikoissairaanhoidon. Toinen alueen palvelujärjestelmää profiloiva tekijä on se, että Päijät-Hämeessä käytetään muuta maata keskimääräistä enemmän ympärivuorokautista hoitoa. Kaikkein pienituloisimmilla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia hieman vähemmän kuin koko maassa. Aikuisväestön päivittäinen tupakointi, kannabiksen käyttö sekä nuorten humalajuominen on huomioitava sekä päihdepalveluiden että ehkäisevän päihdetyön kehittämisessä. Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaavia toimielimiä on nimetty vain harvoin alueen kuntiin, mikä on iso kehittämishaaste ehkäisevän päihdetyön koordinaation kannalta.

Kuvio 7

Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön



Erikoissairaanhoido

Päijät-Hämeen väestön somaattisen erikoissairaanhoidon palvelutarve painottuu arvioituista syöpäsairauksiin, vammojen sekä myrkytysten hoitoon sekä aivoverisuonitauteihin.

Päijät-Hämeessä on kaksi somaattista erikoissairaanhoidoa tarjoavaa sairaalaa, keskussairaala Lahdessa ja Heinolan terveyskeskus. Jälkimmäinen tuottaa hyvin rajoitetusti näitä palveluita. Maakunnassa hoidetaan enemmän potilaita vuodeosastoilla kuin koko maassa keskimäärin, mutta hoitojakson kesto on koko maan keskimääräistä lyhyempi eli kolme vuorokautta (koko maa 3,3). Avohoitokäyntejä maakunnassa tehdään enemmän kuin maassamme yleisesti (1,72 käyntiä asukasta kohti, koko maa 1,54). Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi on 110. Toimenpiteellisten hoitojaksojen määrä (79,6 / 1000 asukasta) on koko maan tasoa (78,3) ja päiväkirurgisten potilaiden osuus kaikista toimenpiteellisistä potilaista on maan korkein, 63,3 % (koko maa 50,8 %). Päivystysleikkausten osuus (22,1 %) on alle keskimääräisen (23,4 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 1746, näistä sektioita oli 16,3 % (koko maa 16 %). Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia (7,30 / 1000 asukasta) ja pallolaajennuksia (3,96 / 1000 asukasta) tehdään enemmän kuin maassa keskimäärin (koko maan vastaavat lukemat 6,5 ja 2,8).

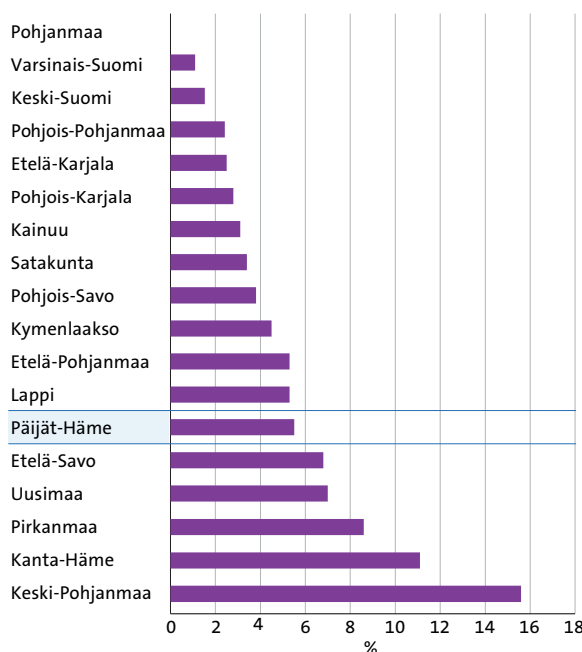
Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitojaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Päijät-Hämeessä päivystyskäyntien määrä on merkittävästi suurempi kuin muiden maakuntien ilmoitetuissa (429 / 1000 asukasta, koko maa 185). Maakunnassa onkin panostettu muutama vuosi sitten toimintansa aloittaneeseen yhteispäivystykseen. Hoitojaksot myös alkavat päivystyksenä yli puolessa tapauksista (53,4 %, koko maa 47 %) mikä on useammin kuin muissa maakunnissa. Terveyskeskuksen läheteellä saapuu potilaita vain 25,2 % (koko maa 37,5 %) ja ilman lähetettä peräti 44,6 % eli enemmän kuin muissa maakunnissa (koko maa 23,9 %). Erikoissairaanhoidon odotusajan mediaani on alle koko maan lukeman, 45 vuorokautta (koko maa 46). Erityisesti kaihileikkauksien odotusaika on lyhyimpien joukossa, 35 vuorokautta (koko maa 75). Polven tai lonkan tekonivelleikkaukseen odotetaan maakunnassa myös vähemmän kuin koko maassa (52 vuorokautta, koko maa 61,9).

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat koko maan lukuihin suhteutettuina edulliset eli 1049 euroa asukasta kohden (koko maa 1193) ja kustannusindeksi on 93,8 (toiseksi matalin). Toimintakuluista henkilöstön osuus on 42 % ja ostopalvelujen 41,2 %; vastaavat kuluerät koko maassa ovat 52,3 % ja 30,8 %. Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valittavia epätarkkuuksia, mutta sairaansijojen määrässä Päijät-Häme on koko maan tasoa (2,17 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maa 2,2). Henkilötyövuosia maakunta ilmoittaa olevan käytettävissä 12,84 / 1000 asukasta (koko maa 11,8), mutta lääkärihenkilötyövuosia ei ole käytettävissä.

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset ovat tyydyttävät: lonkkamurtumapotilaiden leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 5,5 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 10,7 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 12,7 % potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Staphylococcus aureukseen liittyvien bakteremioiden määräksi on ilmoitettu 0,34 / 1000 hoitopäivää, joka on yksi korkeimmista. Kaikki maakunnat eivät kuitenkaan ole ilmoittaneet kyseistä tietoa.

Kuvio 8

Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

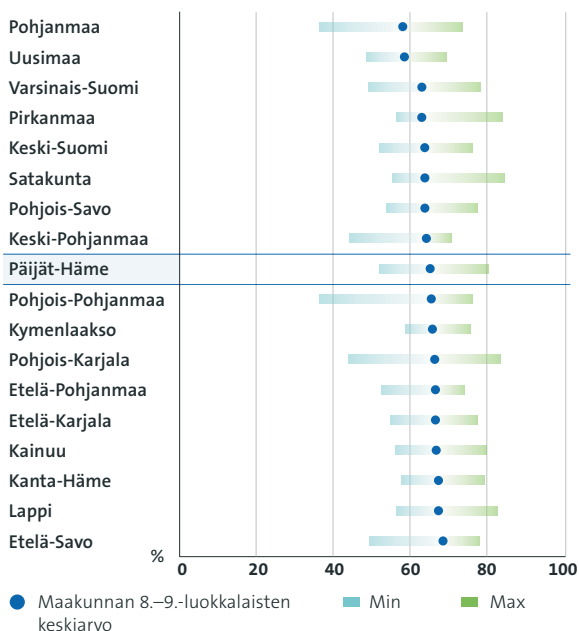
Valtakunnalliset suositukset, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, on huomioitu Päijät-Hämeessä hyvin. Sen sijaan arvioitujen indikaattorien valossa palveluiden asiakaslähtöisyydessä on parannettavaa. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Päijät-Hämeessä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto on toteutettu erittäin hyvin. Äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden järjestämisessä ja toteutumisessa on Päijät-Hämeessä parannettavaa. Erityisesti asiakastytyväsyysskyselyiden tulokset ovat muuta maata huonommat. Päijät-Hämeessä lastensuojelu painottuu sijaishuoltoon ja laitos- ja perhehoidon kustannukset ovat huomattavan korkeat.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9

Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



Perhekeskuspalvelut

Kaikki Päijät-Hämeen kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Potilasmerkintöjen perusteella laajat terveystarkastukset toteutuvat kuitenkin vain kolmanneksella 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisistä lapsista. Tilanne selittyy käytössä olevien asiakastietojärjestelmien ominaisuuksilla ja kirjaamisen puutteilla.

Asiakastytyväsyysskyselyn perusteella asiakkaat ovat kohtalaisen tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin Päijät-Hämeen alueella, tulokset olivat kuitenkin maan heikoimmat. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien määrä vastaa hyvin ja lääkäreiden kohtalaisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastus ensisynnyttäjille järjestetään Päijät-Hämeessä kattavasti. Isyyden tunnustamisista vähäinen osuus on tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä oli perheitä selvästi vähemmän kuin koko maassa. Lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset olivat Päijät-Hämeessä kuitenkin maan keskitasoa.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Päijät-Hämeen maakunnassa kouluterveydenhuolto ja toisen asteen opiskeluterveydenhuolto toteutuvat säädösten mukaisesti. Maakunnan kaikki terveyskeskukset (100 %) ovat sisällyttäneet toimintasuunnitelmiinsa perusopetuksen oppilaiden lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi laajaan terveystarkastukseen 48 prosentissa maakunnan peruskouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokkien että 8. ja 9. luokkien oppilaiden näkemykset viimeisimmän terveystarkastuksen laadukkaasta toteutumisesta olivat maan keskiarvoa parempia. 4.–5. luokan oppilaista 54 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 63 prosenttia (koko maa 60 %) oli kokenut tarkastuksen toteutuneen laadukkaasti omasta näkökulmastaan.

Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on vielä joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia puutteita. Ainoastaan 22 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui Avohilmo-rekisteriin toteutuneiksi (maakuntien vaihteluväli 6–34 %).

Päijät-Hämeessä koululääkäreiden henkilöstömitoitus oli maankuntien keskitasoa. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 1,5-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseseen (2100 oppilasta) nähden.

8. ja 9. luokan oppilaista 38 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä vastaa koko maan keskiarvoa.

Päijät-Hämeen kaikkien terveystarkastusten (100 %) suunnitelmiin sisältyi opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastus opiskeluaikana kaikille lukioiden ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille. Lakisääteisyydestä huolimatta näin ei kirjata suunnitelmiin kaikissa maakunnissa (maakuntien vaihteluväli on lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %)

Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista lähes 98 prosenttia oli Päijät-Hämeessä valmistunut kolmen kuukauden sisällä, mikä kuvaa lain hyvää toteutumista. Lastensuojelun avohuollon asiakkaita oli muihin maakuntiin verrattuna vähän. Lastensuoje-

lun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (37/100) oli pieni suhteessa muihin maakuntiin. On huomioitava, että laki edellyttää kaikista avohuollon asiakkuuksista asiakassuunnitelmaa. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä oli perheitä vähemmän kuin maakunnissa keskimäärin. Sitä vastoin kiireellisiä sijoituksia oli paljon. Voidaankin kysyä, onko perheille tarjolla riittävästi tukea ja palveluita, kun avohuollon piirissä oli vähän perheitä, mutta kiireellisiä sijoituksia oli paljon. Huostassa olleiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli keskitasoa suurempi. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat maakuntien keskitasoa, mutta laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset olivat huomattavasti korkeammat kuin maakunnissa keskimäärin, myötäillen asiakasmääriä.

Sairaalahoidon hoitopäivien määrä 0–17-vuotiailla oli maan keskitasoa. Yksikään asiakas ei odottanut Päijät-Hämeessä nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Tavanomaisesti lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsyä piti kuitenkin odottaa noin kolme viikkoa.

Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Päijät-Hämeen alueella rakennetyöttömyyden aste on 7,7 prosenttia ja siten maan keskimääräistä lukua (6,2 %) korkeampi ja maakunnallisista alueista toiseksi korkein. Työttömien aktivointiaste (28,4 %) on keskimääräistä (31,6 %) matalampi ja maakunnallisista alueista toiseksi matalin. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (8,1 %) oli maakunnallisista alueista kolmanneksi matalin (keskiarvo 11,6 %). Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 14,3 prosentilla työttömäksi jääneistä; luku on varsin selvästi kansallista keskitasoa (11,9 %) korkeampi ja maakunnallisista alueista toiseksi korkein. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Päijät-Hämeen alueen kunnat maksoivat alueen asukkaille myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 22 494 927 euroa, mikä on 2421 euroa kutakin Päijät-Hämeen alueen pitkäaikaistyöttöä kohden ja maakunnallisista alueista toiseksi eniten (maan keskiarvo 1978 euroa).

Rakennetyöttömyys ja työttömyysjaksojen pitkeytyminen ovat haasteita Päijät-Hämeessä, eikä niihin ole aktivointitoimin ilmeisen vahvasti vaikutettu. Myös kuntouttavan työtoiminnan palveluun osallistuneiden määrä oli matala. Tilanne näkyy osarahoitetun työmarkkinatuen määrässä.

Asunnottomia on Päijät-Hämeen alueella 0,3 promillea (maan keskiarvo 1,2 ‰, mediaani 0,3 ‰). Toimeentulotukea myönnettiin 137 euroa asukasta kohden, mikä vastaa maakunnallisten alueiden keskiarvoa (136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 2,8 prosenttia eli yli maan keskitason (2,4 %) ja maassa toiseksi eniten. Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 5,4 prosenttia, mikä on maakunnallisista alueista toiseksi korkein luku ja ylittää selvästi maakunnallisten alueiden keskimääräisen luvun (3,6 %). Täydentävää

toimeentulotukea myönnettiin Päijät-Hämeen alueella vuonna 2016 keskimäärin 452 euroa tukea saanutta asukasta kohden ja ehkäisevää toimeentulotukea 508 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki).

Päijät-Hämeen alueen rakennetyöttömyys ja pitkittyneet työttömyysjaksot saattavat näkyä myös toimeentulotukiasiakkuuksien pitkittymisenä. Erityisesti nuorten tilanne viittaa tarpeeseen vahvistaa nuorille aikuisille tarkoitettuja palveluja. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Täydentävää ja ehkäisevää tukea on myönnetty keskimääräistä vähemmän.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Päijät-Hämeessä vastaava luku oli 71,6 prosenttia. Tulos on maakunnallisia alueita verrattaessa toiseksi heikoin. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Päijät-Hämeessä



Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Päijät-Hämeen maakunnassa seuraavat: vammaisetuksien piirissä oli 50 (50,3) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 41 (41,0). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisetuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaali- huoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

Henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Päijät-Hämeessä 297. Asia-

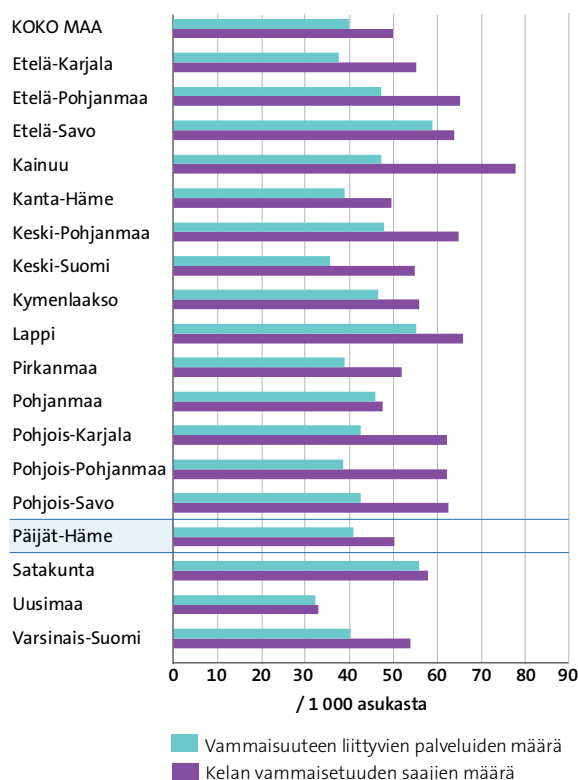
kasmäärä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökoh- taista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

Liikkumisten palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Päijät-Hämeessä vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 2157. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Päijät-Hämeessä sai 100 000 asukasta kohden 259 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Päijät-Hämeessä vastaava luku 113 euroa, kun suurin euromäärä koko maassa oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

Vammaisetuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuteen liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



Ikäihmisten palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on maan keskitasolla, joten myös väestön palvelutarpeen voi olettaa olevan keskitasoa. 75 vuotta täyttäneistä 25 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa, (koko maassa 25 %). Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Päijät-Hämeessä maan keskitasoa hieman parempi. Päijät-Hämeessä rokottamattomia oli 50 prosenttia, koko maassa 53.

Ikäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Päijät-Hämeessä säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 10 prosenttia ja miehistä 7 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitason alapuolella. Asiakas saa Päijät-Hämeessä keskimäärin 12 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskiarvoa (13) hieman vähemmän. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Päijät-Hämeessä 38 prosenttia. Lähes kaikilla Päijät-Hämeen kotihoidon asiakkailla (94 %) on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa vastaava luku on keskimäärin 78 prosenttia.

Muistisairaat ovat suurin ikäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosi. Päijät-Hämeen säännöllisistä kotihoidon asiakkaista 20 prosentilla oli muistisairausdiagnoosi, (koko maassa 20 %). Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on siten keskiarvoa. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Päijät-Hämeessä kattavuus on 3,5 prosenttia, ja neljäsosa omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja, mikä on maan keskiarvoa vähemmän.

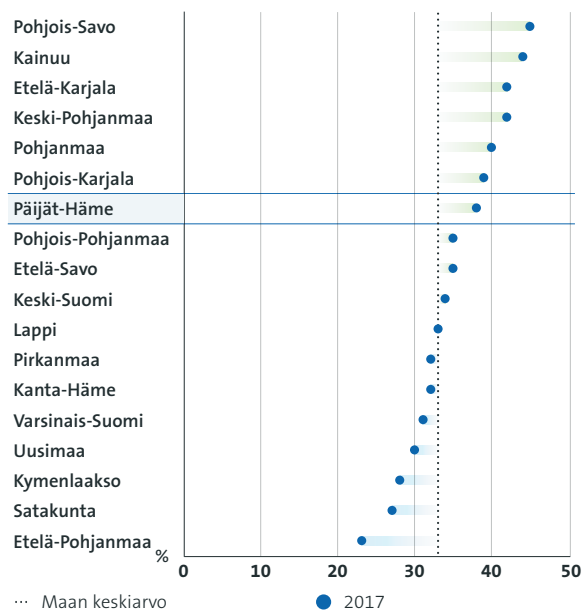
Koko maassa ikäkkäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Päijät-Hämeessä ikäkkäiden palvelujen menoista 29 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maassa 32 %). Kotihoidon kustannusrasite on Päijät-Hämeessä maan keskitasoa. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Päijät-Hämeessä 154 ja koko maassa 172 euroa.

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole juurikaan eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Päijät-Hämeessä sairaanhoitajia (11 %) on hieman vähemmän kuin koko maassa (13 %), mutta sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on Päijät-Hämeessä maan keskitasoa (35 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Päijät-Hämeessä lähellä maan keskiarvoa. Lähihoitajilla välitön työaika on maan keskitasoa (60 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Päijät-Hämeessä vain kaksi prosenttia kotihoidon toimintayksiköistä ilmoittaa tekevänsä systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Tämä on maakuntien heikoin tulos. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa on Päijät-Hämeessä kehitettävää. Asiakkaista vain 8 prosenttia saa palvelunsa toimintayksiköstä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 prosenttia (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Päijät-Hämeessä palautetta kerätään 84 prosentilta asiakkaista, kun koko maassa vastaava osuus on 76.

Kuvio 12

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Päjät-Hämeessä palvelurakenteen keventäminen on edennyt keskiverrostri. Kotihoitoa on kehitetty intensiivisen ja ympärivuorokautisen kotihoidon suuntaan, mutta kotihoidon kattavuus jää alle maan keskitason.

Päjät-Häme ei ole vielä saavuttanut omaishoidon tuen valtakunnallista kattavuustavoitetta, ja omaishoidossa olevat saavat kotihoidon palveluja vähemmän kuin maassa keskimäärin. Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on keskiverto.

Päjät-Hämeessä kotihoidossa toimivia sairaanhoitajia on keskimääräistä vähemmän, mutta sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus

kokonaistyöajasta on maan keskitasoa. Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Päjät-Hämeessä lähellä maan keskitasoa. Parannettavaa löytyy kivunhoidon osaamisessa ja asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämisessä. Näissä asioissa Päjät-Häme on maakunnista heikoin. Päjät-Hämeessä asiakkaista vain pieni osa saa palvelunsa toimintayksiköistä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”. Lisäksi vain muutama kotihoidon yksikkö tekee asiakkailleen systemaattisesti kuntoutussuunnitelman, vaikka kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille. Sen sijaan asiakaspalautetta kerätään hyvin.

Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

Erikoissairaanhoitosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitopääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Lääkäiden palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyjä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

Päijät-Hämeen alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsyyn on syytä kiinnittää huomiota, sillä viikon sisällä vain 38 prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle. Erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneita on vähän. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla hyvin. Sosiaalipalvelujen saavutettavuuteen on syytä kiinnittää huomiota, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu hyvin, sillä lähes kaikki arviot tehdään kolmen kuukauden määräajassa.

Kuvio 13

Palveluiden saatavuus Päijät-Hämeessä

	Perusterveydenhuollon hoitopääsy*	Kotihoidon ympärivuorokautinen saatavuus	Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen määräajassa	Sosiaalipalvelujen saavutettavuus**	Erikoissairaanhoidon hoitopääsy***
Etelä-Karjala	■	●	●	■	●
Etelä-Pohjanmaa	■	●	▼	●	■
Etelä-Savo	●	●	●	▼	●
Kainuu	■	●	▼	▼	●
Kanta-Häme	●	●	■	●	●
Keski-Pohjanmaa	●	■	●	■	■
Keski-Suomi	■	●	●	▼	▼
Kymenlaakso	●	●	●	■	▼
Lappi	▼	■	■	▼	●
Pirkanmaa	■	■	●	■	■
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	■
Pohjois-Karjala	▼	●	●	■	■
Pohjois-Pohjanmaa	■	●	▼	▼	■
Pohjois-Savo	▼	●	●	▼	■
Päijät-Häme	▼	●	●	▼	●
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	●	●	■	▼
Varsinais-Suomi	▼	■	■	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

* Lääkärille kiireettömän asian vuoksi

** Väestökysely

*** Yli 6 kk odottaneet

Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyvyisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti määrittämättömään ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaatiota. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääke-

tieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valta-kunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitos-rokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, polioltalta ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmuneetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyvyisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

Päijät-Hämeessä melkein joka neljännelle määrit-

tämätöntä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli maan pienin yhdessä Kymenlaakson ja Pohjanmaan kanssa. Polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli jonkin verran maan keskiarvoa pienempi. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 92,7 prosenttia. Tulos on matala, sillä rokotussarja oli aloitettu 98,5 prosentille lapsista. Maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedon-siirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittämättömästi, vain hie-man yli kolmasosalle asiakkaista. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyvyisyys oli jonkin ver-ran matalampi kuin maakunnissa keskimäärin.

Kuvio 14

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Päijät-Hämeessä

	Rationaalinen lääkehoito ylähengitystieinfektiossa	Lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksen määrä	Pikkulasten viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) rokotussarjan toteutuminen	Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä	Asiakaspalaute synnytys-sairaaloista ja neuvoloista
Etelä-Karjala	■	●	■	▼	■
Etelä-Pohjanmaa	●	■	▼	■	●
Etelä-Savo	▼	●	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	■	●
Kanta-Häme	■	▼	■	▼	■
Keski-Pohjanmaa	▼	▼	■	■	■
Keski-Suomi	▼	■	■	▼	■
Kymenlaakso	▼	●	■	■	▼
Lappi	■	▼	▼	▼	■
Pirkanmaa	■	■	▼	▼	▼
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Karjala	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Pohjanmaa	■	▼	■	▼	▼
Pohjois-Savo	▼	■	▼	■	●
Päijät-Häme	▼	●	▼	▼	▼
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	■	▼	▼	■
Varsinais-Suomi	▼	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

Asiakslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet,

resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

Päijät-Hämeessä asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan yleisesti hyvänä. Vertailutietoa sen sijaan oli saatavilla heikosti, joskin jonkin verran paremmin kuin koko maassa keskimäärin. Terveidenhuollon palveluprosessit toteutuivat sujuvasti kohtalaisen usein. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on huomioitu Päijät-Hämeessä koko Suomen keskitasoa paremmin, mutta vain 38 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu kolmessa Päijät-Hämeen kunnassa.

Kuvio 15

Palveluiden asiakslähtöisyys Päijät-Hämeessä

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

* Väestökysely

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimina on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpaneiden suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakun-

nista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjäintäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kieli-ryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

Päijät-Hämeessä yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmia laadittujen ja väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoitujen kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli keskitasoa. Vammaispalvelut riittämättömiksi kokeneiden osuus niitä tarvinneista oli maan keskitason tuntumassa. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa vähemmän kuin maakunnissa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin pienet. Ikä- ja koulutusryhmien välillä oli pienet erot, kun taas sukupuolten välinen ero oli keskitasoa. Päijät-Hämeessä yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisäävät koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten suuri osuus, suuri rakennetyöttömyys sekä muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien suuri osuus.

Kuvio 16

Palveluiden yhdenvertaisuus Päijät-Hämeessä

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- palvelujen saanti*	Työttömien terveys- tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutus- ryhmien välillä terveyskeskus- lääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

* Väestökysely

Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloitten tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Nybondas-Kangas, Henriikka & Pakarinen, Terttu & Heiskanen, Margareta & Hotti, Anne; Juutinen, Mika & Paakkonen, Niina & Ruskoaho, Juho & Hakonen, Anu. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakoarvio. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-419-1>

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenvedo. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.

TEM (Repo, Joona): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysija 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveys- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, www.temtyollisyyskatsaus.fi

THL: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveys
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seuraintaindikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

Alueelliset lähteet

Maakuntauudistuksen kotisivut <http://www.uusiph.fi/>

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän kotisivut https://www.phhyky.fi/fi/etusivu/Taustatietoja_strategiavalmisteluun 29.9.2017, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä

Luotettava kumppanisi hyvinvoinnissa läpi elämän, 20.10.2017, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä

Terveys- ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-061-7 (verkkojulkaisu)
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-061-7>

www.thl.fi/julkaisut